ＪＰＳＣ　全日本プロボックスサクシード選手権

参加申込書

開催日　２０２０年３月８日（日）
(各項目にもれなく丁寧にご記入ください)

プロサク選手権	
参加クラス	□　ディビジョン１
	□　ディビジョン２
	□　ディビジョン３
	□　ディビジョン４
	□　ディビジョン５　（ディーゼル）

走行会クラス
□　プロサク　□模擬レースを希望する
※模擬レースは台数などにより参加できない可能性もあります
□　プロサク以外の車種

※プロサク選手権参戦車両から模擬レース参加のお願いがありますので、ご協力お願い致します。

チーム名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	
チーム代表者もしくは参加者名	ﾌﾘｶﾞﾅ	☎TEL
	氏名	携　帯
住　所	〒　　－	（郵便物が届くようにお願い致します）

車種名		型式		排気量	
エンジン形式					
タイヤ		タイヤサイズ			

ドライバー氏名	プログラム掲載ドライバー名	性　別	血　液　型	年　齢
1		男・女	RH＋・－	
2		男・女	RH＋・－	
3		男・女	RH＋・－	
4		男・女	RH＋・－	
5		男・女	RH＋・－	
7		男・女	RH＋・－	
8		男・女	RH＋・－	

※別途、ﾓｰﾀｰﾗﾝﾄﾞ三河共済制度加入名簿がございます。そちらもご記入の上、FAXをお願い致します。

※モーターランド三河に一人５００円の入場料金がかかります。そちらは個人にてお支払いください。

申し込み方法：申し込み用紙と誓約書、ﾓｰﾀｰﾗﾝﾄﾞ三河共済制度加入名簿をＦＡＸもしくはメール（FAX・Emailの場合は原本は当日お持ちください）、郵送後、参加費用を指定の口座に参加費をお振込みください

Jump off Automobile

申し込み先	〒452-0962　愛知県清須市春日川中78番地 Ｊｕｍｐ　ｏｆｆ　Ａｕｔｏｍｏｂｉｌｅ株式会社 TEL:052-981-9119　FAX:052-308-8959　Eﾒｰﾙ: info@jumpoff.co.jp
振込先	中京銀行　春日支店(ﾊﾙﾋｼﾃﾝ)　普通　5018902 Ｊｕｍｐ　ｏｆｆ　Ａｕｔｏｍｏｂｉｌｅ株式会社　代表取締役　花本　宏輝

誓約書

※必ずお読みください！ご了承いただけた場合は、参加全員の署名・捺印をお願い致します。

私は、本走行会において定められた諸規定を守り、同意することを誓います。また、参加するにあたり関連して起こった死亡、負傷、その他の事故で、 私自身の受けた損害に対して主催者及び、事故の相手方、役員、係員、雇用者等に対して非難、責任を追及したり損害賠償の請求をしないことを誓います。また、私の過失により、サーキット側の設備、機材、車両等に対して損害を与えた場合は、　その損害の全てに対して弁償いたします。尚、これらに 関することは、事故が主催者または運営関係役員、係員、雇用者等の手違いに起因したものであってもかわりはありません。また、重大事故等や自然現象の不可抗力が原因で本走行会が中止になった場合も、参加料金の返却の請求や損害賠償の請求をしないことを誓います。本走行会開催中の権限は主催者にあり、主催者、役員、係員の指示に従って行動することを誓います。尚、本走行会で納入致しました参加料金は、いかなる理由があっても 返却の請求は致しません。

上記事柄すべてを理解し、誓約致します。

※未成年の方はその親権者または保護者の署名捺印が必要になります。

参加者署名	緊急連絡先	連絡先名　　続柄（　）	保護者署名
印		TEL(必ず昼間に連絡の取れる番号)	印

参加者署名	緊急連絡先	連絡先名　　続柄（　）	保護者署名
印		TEL(必ず昼間に連絡の取れる番号)	印

参加者署名	緊急連絡先	連絡先名　　続柄（　）	保護者署名
印		TEL(必ず昼間に連絡の取れる番号)	印

参加者署名	緊急連絡先	連絡先名　　続柄（　）	保護者署名
印		TEL(必ず昼間に連絡の取れる番号)	印

※本走行会参加申込書などに記載される個人情報は、本走行会のみに使用されます。その使用目的は、サーキットに関わる各種情報の伝達および事故など緊急時の連絡に使用するものであり、個人情報主体者の同意なしに第三者へ提供されることはありません。（公的機関より法令に基づく協力要請があった場合、および事故等緊急時に医療機関などに情報提供を行う場合があります。

〒452-0962　愛知県清須市春日川中78番地
Ｊｕｍｐ　ｏｆｆ　Ａｕｔｏｍｏｂｉｌｅ株式会社
TEL:052-981-9119　FAX:052-308-8959　Eﾒｰﾙ: info@jumpoff.co.jp

モーターランド三河共済制度加入名簿

No.　　令和　年　月　日

団体名	Jump off Automobile株式会社	代表者氏名	代表取締役 花本宏輝
電話番号	052-982-9119	代表者住所	〒452-0062 愛知県清須市春日川中78
		電話番号	TEL 052-982-9119 FAX 052-308-8959

参加者

	氏　名	生年月日　年　月　日（　才）
	住　所	電話番号
	勤務先名	血液型
	勤務先住所	緊急連絡先 TEL
	氏　名	生年月日　年　月　日（　才）
	住　所	電話番号
	勤務先名	血液型
	勤務先住所	緊急連絡先 TEL
	氏　名	生年月日　年　月　日（　才）
	住　所	電話番号
	勤務先名	血液型
	勤務先住所	緊急連絡先 TEL
	氏　名	生年月日　年　月　日（　才）
	住　所	電話番号
	勤務先名	血液型
	勤務先住所	緊急連絡先 TEL
	氏　名	生年月日　年　月　日（　才）
	住　所	電話番号
	勤務先名	血液型
	勤務先住所	緊急連絡先 TEL
	氏　名	生年月日　年　月　日（　才）
	住　所	電話番号
	勤務先名	血液型
	勤務先住所	緊急連絡先 TEL
	氏　名	生年月日　年　月　日（　才）
	住　所	電話番号
	勤務先名	血液型
	勤務先住所	緊急連絡先 TEL
	氏　名	生年月日　年　月　日（　才）
	住　所	電話番号
	勤務先名	血液型
	勤務先住所	緊急連絡先 TEL
	氏　名	生年月日　年　月　日（　才）
	住　所	電話番号
	勤務先名	血液型
	勤務先住所	緊急連絡先 TEL